

訪問介護におけるエラーの実態と発生の背景

鳩間亜紀子

(2012年9月28日受付, 2012年12月18日受理)

The Realities and Background to Occurrence of Errors in Home Help Service

Akiko HATOMA

(Received: September 28, 2012, Accepted: December 18, 2012)

要 旨

本研究の目的は、訪問介護において訪問介護員が遭遇するエラーの実態を明らかにすることである。本稿では、訪問介護に従事している中で訪問介護員が遭遇した「失敗したこと」「事故に至る危険性があった出来事」「ひやひやしたこと」等を総称して「エラー」とした。訪問介護事業を行っている全国の事業者から1,754事業所を無作為に抽出し、自記式調査票を郵送した（有効回答率25%）。エラーの発生状況を自由記述回答によって収集し、分析した結果、エラー発生の背景として、①利用者意思との折り合い、②タイミングの見当、③活動の後、④時間の途切れ、⑤家族の存在と理解、の5つのカテゴリーが生成された。

キーワード：訪問介護、訪問介護員、介護事故、ヒヤリハット、エラー

Abstract

The purpose of this research was to clarify the actual condition of the error which the home helper experienced. The definition of error in this paper is the failure, the occurrence with the danger of resulting in the accident, and fear, which home helper experienced. This study sampled home helper stations throughout Japan, the number of the samples of this investigation was 1,754 home helpers (25% response rate). The generating situation of the error indicated to the free description reply was analyzed. As a result, five categories, (1) user's intention and compromise, (2) choosing timing at one's own discretion, (3) after activity of something, (4) interval of the time, and (5) family's existence and understanding.

Key words : home help service, home helper, care accident, care incident, error

I. はじめに

介護保険制度上、訪問介護事業者は、訪問介護サービスにおいて事故が発生した場合、保険者である市町村、利用者家族、居宅介護支援事業者等への連絡と必要な措置を講じること、並びに事故状況とその処置について記録することが義務づけられている¹⁾。さらに、訪問介護事業者は事故が生じた際、原因解明と再発生を防ぐための対策を講じること、事故発生時の対応として留意する

こととなっている²⁾。しかしながら、事故とヒヤリハットあるいはアクシデントとインシデントの違いや、介護職の過失の有無による区別、介護サービス提供中ではない利用者の単独事故や病気の扱い等、「介護事故」の定義自体が統一されていないことも課題として指摘されており、このことが全国規模での情報収集・分析の取組みを困難にしている^{3,4)}。

データ収集の難しさもあるためか、介護をめぐ

る事故に関する研究の蓄積は十分とは言えない。転倒・転落の状況と要因やリスクマネジメントの取り組みなど、介護保険施設での実践報告を行ったもの^{5,6)}、市町村に提出された事故報告書から介護事故の実態を明らかにしたもの⁷⁾があるが、これらは主に介護保険施設を中心とするものであり、いずれの研究対象にも訪問型サービスは含まれていない。

訪問介護における介護事故を対象としたものは、事故報告書の記載から事故の発生と訪問介護員の勤続年数との関連性を検証した横山（2006）の研究があり、その中で訪問介護の事故の実態として生活援助の場面で多く発生していることを明らかにしている⁸⁾。ただし横山（2006）は、首都圏に所在する特定の事業所において発生した事故事例を対象とし、訪問介護における事故の発生を訪問介護員の要因に求めることができるという仮説の下で分析を行い、訪問介護員の通勤・移動途上やサービス提供に直接的な関与のない事件を分析対象から除外している。在宅介護の事故発生要因については、①被害者（利用者）の要因、②行為者（現場における従事者）の要因、③環境要因が流動的に絡み合うものとされている⁹⁾。訪問介護における事故の実態把握においては、その起因を特定せず、訪問介護の場で起こった出来事として幅広く探索する必要がある。

II. 目的

本研究では、訪問介護員の過失の有無や事業所で事故報告として扱ったか否か、利用者への影響の有無等の統制を行わず、訪問介護に従事している中で訪問介護員が遭遇した「失敗したこと」「事故に至る危険性があった出来事」「ひやひやしたこと」等の実態把握を行った。本稿ではこれらを総称して「エラー」とした。本研究の目的は、訪問介護において訪問介護員が遭遇するエラーの実態を明らかにすることである。

III. 方法

1. 調査対象者と調査方法

2007年3月時点、WAM NETに登録されている訪問介護事業を行っている全国の事業者（北海道、宮城県、東京都、神奈川県、新潟県、静岡県、愛知県、大阪府、兵庫県、岡山県、広島県、愛媛県、福岡県、熊本県、沖縄県）から1,754事業所を無作為に抽出し、自記式調査票を郵送した。事業所を介し、当該事業所に所属する訪問介護員1名に回答及び返送を依頼した。2007年4月に調査票送付、5月末まで回収し、うち438件の有効回答を得た（有効回答率25.0%）。

2. 分析対象

有効回答のうち、今回の分析においては、エラーに関する事例の記述がないもの、回答者自身の経験ではないと判断されるもの、施設サービスにおける事例と判別がつかないものを除く433件を分析対象とした。また事例の中には障害福祉サービスにもとづく居宅介護の内容と思われるものが28件あったが、訪問介護員が実際に遭遇するエラーを幅広く捉える目的から、除外しなかった。

3. 調査項目

回答者の属性については、性別、年齢、施設や病院での介護実務の有無、在宅介護に関する実務年数、保有資格とした（表1）。

エラーに関する内容については、「最近1年以内の経験」という限定を行った上で、発生時期（年月、時間帯）、発生場所（「玄関」「廊下」「居室」「台所」「トイレ」「浴室」「屋外」「その他」）、エラーの具体的な状況、実際に行った対応、どのようにしたら発生を避けられたと思うかを主に自由記述式でたずねた。

4. 分析方法

エラー発生時期や発生場所については単純集計を行い概観した。

エラーの具体的な状況、実際に行った対応、ど

のようにしたら発生を避けられたと思うかの3つの自由記述回答を1つのエピソードとみなし、大きく2つのコーディングを行った。

まず、エラーの発生状況を概観するため、「エラー発生時に利用者／訪問介護員は何をしていたのか」、「何が起こったか」、「主に誰（何）に起因するものか」の3つの側面についてエピソードごとにコード化した。コードは、自由記述回答から抜き出したキーワードを優先しつつ、エラー内容を端的に表現するものとした。また、エラー発生時の利用者／訪問介護員の行動ごとに件数をカウントした。

次に、エラー発生の関連要因を探るため、自由記述回答に記された発生の経緯に注視し、エピソードの比較検討と分類を繰り返し行い、カテゴリーを生成した。要因の関連性を取り上げるため、エピソード内にエラー発生に影響を及ぼしたと考えられる要因が複数見られた場合は、重複してコーディングを行った。連続した日常生活の場で起こるエラーに焦点をあてるため、例えば、送迎中の自転車飛び出しや単純な転倒事例、物損事例など分析目的に該当しないと判断したエピソードは、コーディング過程の中で対象から外した。

5. 倫理的配慮

調査票送付先である事業所代表者宛に、調査の目的、方法、内容を説明する依頼文書を調査票と同封した上で、所属する訪問介護員1名への配布を依頼した。事業所代表者及び回答者に対し、無記名であること、回答の内容をもって個人や事業所等は特定されないこと、研究目的以外で調査結果を使用しないことを明記した。調査の趣旨を承諾した場合にのみ回答することにより、回答者の同意を得られたとみなした。

IV. 結果

1. エラーの概況

訪問介護において、訪問介護員が遭遇したエラーの発生時期については、10月から徐々に発生が増加し、2月から4月にかけて集中していた。特に4月は全体の2割を占めており顕著に高かった（図1）。月ごとのエラーの内容に違いは見られなかった。発生時間については、「8～12時」が158件、「12～16時」が153件であり、日中に遭遇している事例がほとんどであった。エラーの発生場所については、最も多い「居室」が39%、次いで「浴室」18%、「屋外」11%であった（図2）。

表1 基本属性

変数	値	度数	%
性別	男性	31	6.70
	女性	414	92.84
	無回答	2	0.46
年齢	20歳未満	1	0.23
	20～29歳	30	6.93
	30～39歳	77	17.78
	40～49歳	147	33.95
	50～59歳	155	35.80
	60歳以上	22	5.08
	無回答	1	0.23
訪問介護実務経験	1年未満	25	5.77
	1～3年	71	16.40
	3～7年	216	49.88
	7～10年	65	15.01
	10年以上	51	11.78
	無回答	5	1.15
施設勤務経験	あり	170	39.26
	なし	257	59.35
	無回答	5	1.39
保有資格	ホームヘルパー	373	86.14
	介護福祉士	226	52.19
	介護支援専門員	72	16.63
	看護師	7	1.62

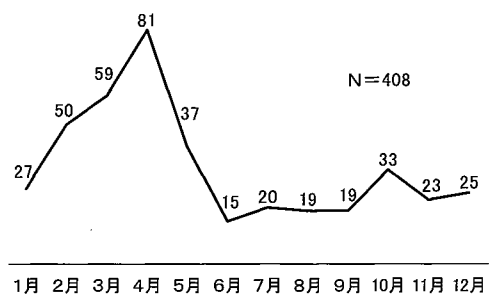


図1 エラー発生月

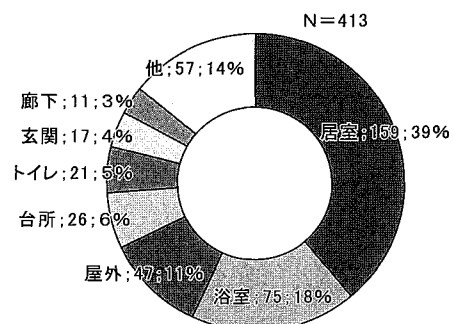


図2 エラー発生場所

表2 訪問介護におけるエラー

発生時活動状況	件数	利用者に起因	訪問介護員に起因	そ の 他
移動・歩行	26	転倒・ふらつき・立位困難・歩行困難 前屈 身体への負荷（車いす車輪巻き込み）	車いす操作ミス（スロープ脱輪）	
移乗	53	転倒・滑落・ふらつき・立位困難 立ち上がり困難 身体への負荷	持ち上げ困難 車いす操作ミス 医療チューブ類扱いミス 不安定な体勢・身体への負荷・転倒	
階段昇降	10	転倒・踏み外し・立位困難	介助困難・持ち上げ困難	
入浴	66	転倒・ふらつき・滑る・立ち上がり困難 不安定な体勢・ケガ・下肢ねじれ 溺水・やけど 脱水症状・のぼせ・湯あたり めまい・意識喪失・体調急変	医療チューブ類扱いミス 補聴器着脱確認ミス 機器操作ミス 備品扱いミス（旧式ガス栓） 滑る・介助困難	浴槽空焚き リフトの不具合 不適切な水温 補助具不安定
排泄	11	転倒・滑落・ふらつき・立位困難 立ち上がり困難・不安定な体勢 意識喪失		
清拭・整容・更衣	8	転倒・立位困難	医療チューブ類扱いミス 介助ミス（爪切り・ひげそり）	安全ピン放置
食事	16	誤嚥・誤飲 やけど 意識喪失 身体への負荷	食事提供時間ミス	
口腔ケア	3	誤飲（入れ歯）・窒息 立位困難		
薬の使用	4	誤飲（包紙） 使用方法誤り（浣腸・目薬）	服薬確認忘れ	
救急・医療的なケア	21	褥瘡・感染症（ノロウイルス） 体調急変・貧血・ふらつき 幻聴・耳鳴り・呂律回らない・無反応 意識喪失・心臓発作・心停止・死亡	痰の吸引困難 医療機器の扱い困難（酸素ボンベ） 救急車要請困難（家族の反対） 看取り	救急車要請
身体介護全般	17	転倒・滑落・不安定な体勢 呼吸停止	医療チューブ類扱いミス 介助ミス（褥瘡処置、おむつ交換） 紛失（医療用テープ）	ベッド高さ不適切
家事	22	転倒・意識喪失 不適切な行為（灯油を冷蔵庫に保管・ ストーブで衣類乾かす）	物損（食器破損・住環境設備破損 電化製品破損） 火元始末忘れ	設備故障・水道管破裂
外出	26	転倒・滑落・ふらつき・不安定な姿勢 歩行困難・立位困難 身体への負荷・体調悪化・けが 診察拒否	車いす操作ミス 身体への負荷 利用者見失う	自転車接触
送迎	18	転倒・立ち上がり困難・不安定な姿勢 降車困難・身体への負荷 意識喪失・嘔吐	介助ミス（座席位置・車いす設置） 転倒・物損（車いす落下）	自転車飛び出し タクシー運転ミス
訪問介護員訪問時	47	転倒・滑落・歩行困難・危険歩行 行方不明（徘徊・買い物・デイスサービス） 呼吸困難・嘔吐・出血 意識喪失・心停止・死亡		施錠 火の不始末
訪問介護員他の作業中	11	転倒・滑落・不安定な体勢 意識喪失 徘徊 不適切な行為（防虫剤使用・階段で排尿）		
訪問介護時間外	9	転倒・立位困難 危険行為（単独で入浴） 徘徊 誤嚥・体調不良	包丁片づけ忘れて退室 火元確認忘れて退室 福祉用具不整備のまま退室 介助ミス（首元タオル置き退室） 利用者体調不良の不安	
その他	33	〈困難事例〉 暴言・暴力・攻撃的態度 保険対象外行為の要請・金銭授受 苦情（訪問介護員の発言・盗難/紛失訴え） 受診拒否・こだわり（調理・入浴方法）	盗難被害届出され警察で聴取 紛失 針刺し	火災・詐欺事件 近隣住民とのトラブル 家人の危険介助行為 家人の苦情
	32	〈訪問介護員の出勤に関する内容〉 訪問日勘違い 訪問時にキャンセル申し出	訪問忘れ・訪問間違い 遅刻（寝坊・援助時間超過） 危険運転	悪天候による道路封鎖 訪問シフト調整ミス

表3 エラー発生場所と発生時活動状況のクロス集計表

	移動・歩行	移乗	階段昇降	入浴	排泄	清拭・整容・更衣	食事	口腔ケア	薬の使用	救急・医療的なケア	身体介護全般	家事	外出	送迎	訪問介護員訪問時	訪問介護員他の作業中	訪問介護時間外	他 （困難事例）	他 （訪問介護員の 出勤に関する内容）	計
居室	5	36		1	2	8	15	1	1	14	15			1	31	7	4	15	3	159
浴室	3	6		62						1							1	2		75
屋外	5		4							1		1	18	11	2	2		1	2	47
台所	1	1		1				1				16			2		2	2		26
トイレ	2	6			8								1		3	1				21
玄関	6		2									1	2	2	3			1		17
廊下	4	1	1		1					1		2			1					11
他		2	3				1	1	3	2	1	2	5	4	4	1	1	3	9	57
無回答		1		2						2	1				1		1	9	18	20
計	26	53	10	66	11	8	16	3	4	21	17	22	26	18	47	11	9	33	32	433

2. 訪問介護におけるエラーの概観

エラーの発生状況に関する自由記述回答について、すべてのエピソードを「エラー発生時に利用者／訪問介護員は何をしていたのか」、「何が起こったか」、「主に誰（何）に起因するものか」の3つの側面でコード化した結果、エラー発生時の利用者／訪問介護員の行為について18の状況に分類された（表2）。訪問介護員がエラーに遭遇したときの状況として、もっとも多かった利用者／訪問介護員の行為は「入浴」66件であり、次いで「移乗」53件であった。一方で、介護行為の最中に起こるエラーではなく、訪問介護員が利用者宅に訪問した時点で起こっていた事例が47件（「訪問介護員訪問時」）、火災や詐欺事件、利用者の暴力行為や保険対象外行為の要請といった「困難事例」が33件、訪問介護員が訪問をし忘れた事例や訪問した際に利用者からキャンセルの申し出があった事例など、「訪問介護員の出勤に関する内容」が32件あった。「食事」、「薬の使用」、「その他」を除く15の状況で、利用者に起因する「転倒」や「立位困難」といった姿勢の不安定さがみられた。

エラーの発生場所と、エラー発生時の利用者／訪問介護員の行為18状況をクロス集計した結果、

「浴室」での「入浴」（62件）や「台所」での「家事」（16件）、「屋外」での「外出」（18件）または「送迎」（11件）のように各空間の機能上の主な目的といえる活動にエラーが集中している一方で、「居室」の場合は様々な活動状況の下でエラーが発生していることが分かった（表3）。

3. エラー発生の背景

自由記述回答に記された発生の経緯に注視し、エピソードの比較検討と分類を繰り返し行った結果、5つのカテゴリーが生成された。以下、自由記述回答からの一部抜粋（『 』）を加えて示す（「#」はエピソードのID番号、自由記述回答内〈 〉は筆者による補足、「_」は略。テキスト化した自由記述回答は可能な限り記載の通りとし、明らかな誤字脱字は補正した。利用者の年齢は、年齢層に表現を変えた）。

(1) 利用者意思との折り合い

①習慣・こだわりへの配慮

利用者の習慣やこだわりにもとづく行為、それに対する訪問介護員の気遣い等が、エラー発生の背景として示されていた。『入浴時__もっと熱くする様言われ、少しボイラーを入れ熱く

する__長湯の為上がる様に言うがまだぬくもっていないと言われる。やっとの思いで出てもらったが、本人湯あたりしてしまった(#401)』ように、入浴中の湯温や時間など、利用者の体への負担を気にかけながらも本人の要請に応じ、結果的に体調を崩す例が典型的な事例であった。

『80歳代女性、__独居、要4、浴室、2人対応、目が見えにくい、入浴はシステム化はしているものの当人は、順番がちがうということで立った所より方向ちがいにより問答となり少しの間すわって落ちついてもらう__(#243)』

『利用者(90歳代男性)は、夕食の前にオムツの確認(状況に応じて、清拭、オムツ交換等)を行う__当日、確認すると、衣服が湿っていたので、交換を促す。少し拒否されていたが、半ば強制に交換を済ませ、食事の用意をするが、一口も召し上がらない。拒否された時の口調が通常よりも強かったが、気持ちよく食事を摂って欲しいとの思いで行った(#283)』

②意欲との折り合い

身体機能の維持・向上に対する利用者の意欲が、エラーに影響を及ぼしていると考えられる事例があった。

『利用者(80歳代、男性)__足の骨を折り歩行が困難になる。リハビリを兼ねた散歩介助、家事援助でサービスを提供することになる。予定日に訪問した際、一人での外出は危険であるにも関わらず、玄関前の急な階段を降りようとしていた。利用者がリハビリに意欲的であるということをもっと重要視し、責任者に伝えていれば、あるいは利用者の満足いくサービスを提供でき、危険を避けられたかもしれません(#166)』

③思い込みへの対処

認知症の症状により、利用者が自身の身体機能の程度を認識できず生じているエラーがあった。

『認知症の利用者。日中独居。転倒による大腿部骨折で入院中、寝たきり。退院後の日中オムツ交換の

ケア。本人、自力でトイレに行けると思っている様子。ヘルパー訪問時、ベッドサイドに立っていて、手すりにしがみついていた。ヘルパー訪問が遅かったら転倒していた可能性が高い(#073)』

(2) タイミングの見当

①利用者自身のタイミング

利用者自身がタイミングを見失い、動作にエラーが生じた場合があった。

『脳こうそくで右片まひのある80歳代の利用者様が浴室より脱衣室(洗面所)に移動されるさい、今まで、御自分のタイミングで立ち上がり、てすりを用いて方向転換し、移動されていたのだが、タイミングを失ってしまわれ、立ち往生されてしまった__(#392)』

②利用者と訪問介護員とのタイミング

利用者と訪問介護員のタイミングが合わないために、介護行為にエラーが生じた場合があった。タイミングが合わない理由として、#194では訪問介護員の未熟さが記されていた。

『__入浴時、浴槽から上がる際に、腰ひもを持ち上げたが、きき足がすべってしまい、ご本人は怖い思いをされた。私の手に力が入っていなかった事と、利用者との立ち上がるタイミングが合っていなかったからだと思う(#135)』

『利用者(80代女性)ベッドから車イスに移乗する時にタイミングがあわず共倒れてしまいました。筋力もおちていたのでちゃんとした対応をしなかったのも、まだ新人時で未熟だったので(#194)』

③訪問介護員と他の介護者とのタイミング

訪問介護員同士や、訪問介護員と家族介護者など、介護を行う者が複数の際にタイミングが合わず介護行為にエラーが生じた場合があった。

『70歳代、女性デイ送り時、事前に車椅子カバーをはずし__たたんで郵便受けに片付ける。車椅子は固定場所に設置する。次にヘルパー2人で2Fまで利用者を迎えに行く。2Fから2人介助にて1Fまで降りて来るが、車椅子を設置していないのに気付く(#297)』

(3) 活動の後

①外出の後

通院やデイサービス等の通所サービス、買い物等からの帰宅後に、利用者が立位や歩行動作を維持できずにエラーが生じた場合があった。デイサービスや買い物など、活動を行ったことによる体力低下だけでなく、病院での待ち時間や透析等の治療、移送の車内などで同じ姿勢を続けることによる疲労も要因として指摘されていた。

『利用者（80歳代、女性）パーキンソン病、車椅子、要介護5、家族の要望でヘルパーが訪問時、昼、夜（夕方）トイレ介助を行っている。カテーテル使用しているので排便のみだが、毎回座らせてほしい、その時はデイクアより戻ったばかりで疲れていたのか車椅子から手すりにつかまって立上がるのに介助し立たせたが、足に力が入らず、しゃがみ込む寸前になった。抱き上げて便座に座らせるのが大変でした（#003）』

②日常的生活行動や作業の後

掃除などの日常的生活行動の後に、エラーが生じた場合があった。エラー発生状況が最も多い入浴（66件）の中でも、入浴の後、居室に戻って体調が急変する事例がみられた。

『利用者（80歳代、男性）独居、冬で雪が多い土地です。歩行がおぼつかない方ですが、ヘルパーが来るまで外で除雪機を使い行っていた。__訪問すると除雪も終わり、片づけるので、ヘルパーが先に入り、準備をしていた、じきに部屋に入り、居間で転倒、テレビ台の角に頭をぶつけて、出血をした。ヘルパーは（台所にいました）音がしたので、振り返ると、利用者が倒れ、出血していたので、起こし止血した。（#009）』

③普段とは異なる状況の後

家族との口論や業者の出入り等、利用者に心理的なストレスとなり得る状況の後に、エラーが生じた場合があった。

『訪問に入る前の出来事で、訪問したら居間に倒れていた__ソファよりポットの間4m程、お湯を飲

もうとして歩いて2～3歩でつまずき転倒__朝に息子と口ゲンカをしていらいらしていたと話している（#014）』

『利用者（80歳代女性）要支援2、当日のバイタルチェックも完了。通常の入浴を済ませ、着衣の為椅子に掛けられた時、急に意識が遠のき顔色も急変。呼びかけにも反応がなく救急車へ通報する。__前日、利用者が、庭師さんの出入りで少し疲れていたとの事をしっかり把握すべきだった__当日の体調のみの判断では不足でした。利用者の入浴したい気持ちを尊重した結果の出来事（#216）』

(4) 時間の途切れ

①訪問介護サービス時間外

訪問介護が行われていない時間帯に生じたエラーがあった。訪問介護時間外に起こった場合、結果として訪問介護員が訪問した際にエラーとして発見されていた。

『3日に一度、ヘルパー訪問の利用者様（80歳代女性）通常のケアに訪問したところ、玄関のチャイム押しても応答がなく、玄関に新聞、牛乳が3日分程貯まっているのを発見。ご家族に連絡し、住居に入ったところ、すでに体硬直している、という経験をしました。死因は心不全でした。前回ヘルパー訪問直後に起きた事態を想像されます（#171）』

②前シフトの訪問介護員や家族介護者からの引き継ぎ

訪問介護員が訪問した際に、直前のシフトで入った訪問介護員や家族介護者による行為の引き継ぎ状況が、エラーとして発見される場合があった。#111の訪問介護員は、調査時点で実務経験6か月未満であり、訪問介護員の経験の未熟さがエラーの要因としてうかがえた。

『ヘルパー訪問した際、利用者（80歳代、女性）が起き上がり「トイレに行きたい」とベッドから降りようとするが、ベッドの高さが高く、危険だった為、声かけにて待ってもらい、ベッドを下げる。前に入ったヘルパーが、パット交換の為ベッドを上げたままにしていた為と思う（#304）』

『利用者（90歳代女性）、首がすわっていないのに

もかわらず、車イスのヘッドレストをつけない状態のまま退室してしまった。その後すぐにヘルパーが入った為、特に事故等は起きないですんだ（#111）』

③援助活動の狭間

『食事を用意していたら、自分で食べかけて、のどにつまらせかけた（#314）』のように、訪問介護員が他の作業をするため場を離れた直後、エラーが発生している場合があった。

④退院・退所から在宅生活への移行

利用者が退院等から在宅生活に戻り間もなく、発生しているエラーがあった。利用者の体力消耗だけでなく、訪問介護員の訪問忘れにも関連が見られた。

『利用者（70歳代女性）肺炎で10日間入院。入院中認知症状が出現し退院。持病の慢性腎不全もあり__入院で体力低下もあり、自宅での入浴を希望。ヘルパーが入浴準備を行い、何とか浴そうに入ってもらうが出る際、立ち上がりが不安定で足が滑りやすく__身体を支えたため大事には至らなかったが驚いた（#199）』

『70歳代、男性、予防訪問介護利用者__長期入院後在宅に戻ったばかりである。退院に向けプランの変更もあり、自分の把握ミス（時間変更になっていた。）により、20分遅れて訪問してしまった（#020）』

(5) 家族の存在と理解

①介護マンパワーとしての存在

家族介護者の存在が、訪問介護員に起因するエラーの発生に影響を及ぼしていると思われる場合があった。#117では『パンを召し上がったのを見たとき、取り上げてしまえばよかった』と振り返りが記されており、利用者の「利用者意思との折り合い」のうち「習慣・こだわりへの配慮」との関連性もうかがわれた。

『利用者（70歳代、男性）左マヒ、リビングで奥様が見守る中コーヒーを飲みながら、ピーナツバターが付いたパンを召し上がっていた。ケアを済ませて帰園するところで「パンはボソボソしているので、ノドに詰りやすいので、コーヒーや牛乳にひたして

召し上がって下さい」と伝え玄関まで行ったところ、奥様の悲鳴が聞こえ再び、リビングへ戻ると、ノドにパンを詰らせ苦しんでいられた。口の中の物を吐かせ、家族に救急車を呼ぶよう指示をした。パンを召し上がっていたのを見たとき、取り上げてしまえばよかったと思いました。奥様が目の前で、利用者の対応をしていられたので安心してしまった（#117）』

『利用者が起立性の貧血でたおれベッドからずり落ち頭部をうつ。要介3、70代男性。医師に指示をいただき様子をみる。介護者が同席だったため、対応が素早くできた（#208）』

②介護に関する理解

家族介護者の介護に関する理解不足や、利用者の身体機能の維持・向上につなげるための対応が、結果的にエラーにつながっている場合があった。

『利用者（介護2、90歳代、女性）の入浴介護で、浴槽より上がる時本人が滑り溺れそうになった。家族の都合でお湯を上より10cm位まではっている為、一瞬ひやりとした（下肢筋力低下、杖歩行、マヒなし、認知症あり、難聴、コミュニケーション可）。__息子の考えで浴室に手すり全くなし。散歩介助も行っているが、玄関かなり段差があるにもかかわらず、手すりがなくかなり注意を要す。「手すりを付けると筋力トレーニングにならない」というのが家族の考え（#414）』

『利用者（90歳代、女性）、訪問後、利用者様の状態確認で、声かけしようと、利用者様の顔を見た時、口角から食物が流れ出ていた時、ご家族様がベッドも挙上せず、食物を摂取させていたのですが側におらず、本人様、うとうと寝ていた時です。高齢で認知症のあり、全介助状態の利用者様、要介護5の方で、訪問看護なども利用されている患者様ですが、家族様は、いつもなれた感じで何度も同じ様な事をされるので、ご本人が心配です（#396）』

V. 考 察

1. 訪問介護におけるエラーの特徴

本稿では、訪問介護員の過失の有無や事業所で事故報告として扱ったか否か、利用者への影響の有無等の統制を行わず、訪問介護に従事している中で訪問介護員が遭遇した「失敗したこと」「事故に至る危険性があった出来事」「ひやひやしたこと」等の実態把握を行った。これらを総称して「エラー」とし発生状況を概観した結果、訪問介護員が遭遇するエラーは、利用者の転倒・転落や入浴中の意識障害など在宅介護で起こるとされる典型的な事例を含め、利用者宅で起きる事件や利用者の死亡といった重篤なものから食器等の物損まで、その程度には幅があった。

在宅介護の事故発生要因は、利用者に起因する要因、介護を行った者に起因する要因、環境要因が複雑に絡み合っており、最も多く典型的事例と見られた入浴中のエラーでも、訪問介護員が湯温や入浴時間の管理を怠るといった技術的なミスではなく、利用者意思との折り合いの中で結果的にエラーに繋がった場合が少なくない。カテゴリ「(5)家族の存在と理解①介護マンパワーとしての存在」と「(1)利用者意思との折り合い①習慣・こだわりへの配慮」との関連のように、カテゴリ間の関連性の存在も示唆された。

2. エラー発生の局面

エラーの発生状況を概観するため、発生状況に関するすべての自由記述回答について「エラー発生時に利用者／訪問介護員は何をしていたのか」をエピソードごとにコード化した結果、エラー発生時の利用者／訪問介護員の行為について18の状況に分類できた。「入浴」や「移乗」など高齢者の事故等が発生する際の活動として既存研究等で一般的に示されているもの以外に、「送迎」、「訪問介護員訪問時」、「困難事例」が新たに見出された。

訪問介護における送迎の場面は、通所介護サービス（デイサービス）の送り出し等や病院への付

き添いなどがある。しかし介護技術など支援方法の教育内容においては、自動車運転・添乗等に特化した技術や方法ではなく、移動・移乗や外出の範囲として、包括的に捉えられていると推察される。送迎は訪問介護以外の介護サービス等との接点でもあることから、訪問介護員だけでなく他事業従事者も含めたエラー事例の探索が求められる。

「訪問介護員訪問時」については、発生要因として訪問介護員が関与する点はほぼ存在しないものの47件であり、「入浴」、「移乗」に次いで3番目に多いエラーであった。訪問介護員が利用者宅を訪れたときには、すでに利用者が不安定な体勢や体調が悪化していたというケースが典型例であり、中には火の不始末や死亡例もあった。訪問時に予定外の対応を行うことによって、少なからずプラン上のサービス内容を変更せざるを得ず、通常と異なる状況や時間内にサービスを遂行することの負担から二次的なエラーに派生することが示唆された。

「困難事例」としては、火災や詐欺事件への遭遇、近隣住民とのトラブル、盗難扱い、針刺し事故などであり、訪問介護員が一方的に巻き込まれるものと、利用者の暴言や暴力、介護保険対象外の行為を要求されるなど、訪問介護サービスの提供をめぐる起こるものがあった。利用者の暴言・暴力は件数としては多くないものの、援助行為の妨げにもなっていると考えられる。利用者の暴力行為については、介護職員が施設入所者から何らかの暴力を受けている実態が明らかになっており^{10,11)}、利用者と一対一での介護が中心である訪問介護においては、事故としての扱い方に加え、その対応を特に検討する必要がある。

3. 訪問介護員の勤務形態がもたらす影響

訪問介護員自身の出勤に関する内容が32件（7.4%）と高い割合でみられた。訪問介護員が自宅（あるいは別の訪問先）から直接訪問する勤務形態であることが主な理由といえる。訪問介護

員一人のミスや不測の事態に対処することは、出勤状況が組織的に管理されている施設と比べても容易ではなく、訪問介護員の管理能力やそれを補う体制づくりが求められる。訪問介護員が『次のケアの事、午後の予定のことで、頭が一杯(#058)』になりながら支援を行う過程でエラーが発生している様子もあり、訪問先で発生するエラーが、次の訪問先でのエラー発生に繋がる可能性も示唆された。

VI. 本研究の限界と課題

本稿では、エラー発生時の活動状況が記された自由記述回答のコーディングにより、訪問介護で起こるエラー事例をコード化することができたが、コード名の整理と分類については、精査が必要である。

またエラー発生場所と発生活動状況のクロス集計により、エラー発生時の活動状況が各空間の機能上の主目的と一致する場合と、そうでない場合が見られたが、自由記述回答の分析により、エラー発生の経緯を確認するまでには至らなかった。

エラー発生に影響を及ぼす要因として「利用者意思との折り合い」「タイミングの見当」「活動の後」「時間の途切れ」「家族の存在と理解」の5つのカテゴリーを生成したが、カテゴリーの精査及びカテゴリー間の関連性を明確にすることにより、エラー発生過程をより明らかにすることができると考えられ、本研究を展開する課題としたい。

本研究は、JSPS 科研費60383329の助成を受けたものです。

文 献

- 1) 「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」(平成11年3月31日)厚生省令第37号、第37条(事故発生時の対応)
- 2) 「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準について」(平成11年9月17日)老企第25号、「3 運営に関する基準(24)事故発生時の対応」
- 3) 長沼建一郎(2011)『介護事故の法政策と保険政策』法律文化社、pp.9-10.
- 4) 株式会社三菱総合研究所(2009)『高齢者介護施設における介護事故の実態及び対応策のあり方に関する調査研究事業報告書』平成20年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)、1.
- 5) 河野禎之・山中克夫・松田修・ほか(2007)「短期前向き調査による高齢者介護施設における転倒・転落事故の状況および背景要因に関する事例研究」『日本認知症ケア学会誌』6(1), 59-67.
- 6) 鈴木貴文(2009)「特別養護老人ホームにおける転倒・転落事故を予防するために事故予防計画書を開発して取り組んだ報告」『介護福祉学』16(1), 115-121.
- 7) 新井康友(2009)「介護事故の実態に関する一考察：大阪府K市の介護事故報告書を中心に」『介護福祉学』16(1), 59-65.
- 8) 横山順一(2006)「訪問介護における事故とそれに関連する訪問介護員の要因」『日本在宅ケア学会誌』10(1), 21-29.
- 9) 社団法人シルバーサービス振興会(2003)『居宅サービス提供現場における事故防止・安全対策のあり方に関する調査研究事業報告書分冊 事故防止・事故発生時対応マニュアル(訪問介護・訪問入浴介護・福祉用具供給編)』9-11.
- 10) 越谷美貴恵(2008)「施設入所者の暴力的行為が介護者の精神的健康に及ぼす影響」『介護福祉学』15(1), 62-73.
- 11) 中野一茂・人見優子(2010)「介護職員が抱える施設内暴力の実態調査及び考察」『共栄学園短期大学研究紀要』26, 39-53.